

ENCAMINHAMENTO

Av. Dom Pedro II, nº 77 – B. Jardim – Sto. André – Fone: 4437-2930
Atendimento Médico por Ordem de Chegada: de 2ª à 6ª feira, das 8:30 às 16:20 hs.
Documentos necessários: Encaminhamento e RG

Autorizamos o Sr.(a): _____

Funcionário da Empresa: _____

Responsável pela Empresa: _____ Fone: _____

a submeter-se ao Exame Médico Ocupacional para :

FUNÇÃO (de REGISTRO): _____ SETOR: _____

Admissional Demissional Periódico Retorno ao Trabalho Mudança de Função

Outros Exames Complementares: _____

O Pagamento será efetuado através do: Funcionário Boleto c/ acréscimo de R\$ 3,00

Emitir PPP deste Funcionário: Sim → (Preencher dados cadastrais abaixo) Não

Data: ____/____/____ Assinatura Responsável/Empresa: _____

Dados para Emissão do PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário)

CBO: _____ PIS: _____ NASCIMENTO: ____/____/____

CTPS: _____ SÉRIE: _____ UF: _____

Data da Admissão: ____/____/____ Data da Demissão: ____/____/____

CAT emitida: Sim Não DATA: ____/____/____ Nº da CAT: _____

CAT emitida: Sim Não DATA: ____/____/____ Nº da CAT: _____



IMPORTANTE:

- ◆ Para emissão de PPP, a empresa deverá manter sempre atualizado o PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais)
- ◆ Para agilizar o Atendimento preencha corretamente TODOS os campos.